

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N°

236

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 28 Avril 1909, à 1 heure

PAR

Bernard GUICHOU

Né à Montesquieu-Volvestre (Haute-Garonne), le 8 Juin 1881
Ancien externe des Hôpitaux

CONSIDÉRATIONS

SUR

QUELQUES PROCÉDÉS DE FERMETURE

De la Paroi Abdominale (sans fils perdus)

Président : M. SEGOND, professeur

Juges } *MM. PINARD, professeur*
 } *GAUCHER, professeur*
 } *MARCEL LABBÉ, agrégé*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE, Éditeur

15, rue Racine, 15

1909

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 28 Avril 1909, à 1^h heure

PAR

Bernard GUICHOU

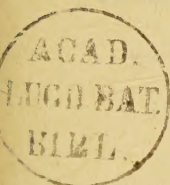
Né à Montesquieu-Volvestre (Haute-Garonne), le 8 Juin 1881
Ancien externe des Hôpitaux

CONSIDÉRATIONS

sur

QUELQUES PROCÉDÉS DE FERMETURE

De la Paroi Abdominale (sans fils perdus)



Président : M. SEGOND, professeur

MM. PINARD, professeur

Juges } GAUCHER, professeur

MARCEL LABBÉ, agrégé

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE, Éditeur

15, rue Racine, 15

1909

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN		M. LANDOUZY
PROFESSEURS.		MM.
Anatomie.		NICOLAS
Physiologie.		CH. RICHET
Physique médicale.		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.		BOUCHARD
Pathologie médicale	}	BRISSAUD
		DEJERINE
Pathologie chirurgicale.		LANNELONGUE
Anatomie pathologique.		PIERRE MARIE
Histologie.		PRENANT
Opérations et appareils.		HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale.		POUCHET
Thérapeutique		GILBERT
Hygiène.		CHANTEMESSE
Médecine légale.		THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		N...
Pathologie expérimentale et comparée.		ROGER
Clinique médicale.	}	HAYEM
		DIEULAFOY
		DEBOVE
		LANDOUZY
Maladies des enfants.		HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux		RAYMOND
Clinique chirurgicale.	}	DELBET
		QUENU
		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique.		DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.		ALBARRAN
Clinique d'accouchements	}	PINARD
		BAR
		RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.		POZZI
Clinique chirurgicale infantile.		KIRMISSON
Clinique thérapeutique.		ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMEIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOPPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

36

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

A MON ONCLE

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

MONSIEUR LE DOCTEUR MÉRY

Professeur agrégé à la Faculté

MONSIEUR LE DOCTEUR LÉON BERNARD

(Externat)

MONSIEUR LE DOCTEUR LESNÉ

(Externat)

MONSIEUR LE PROFESSEUR KIRMISSON

(Externat)

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

MONSIEUR LE DOCTEUR WALICH

Professeur agrégé à la Faculté

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

(Externat)

A MONSIEUR LE DOCTEUR FRÉDET

Chirurgien des hôpitaux

*En remerciement de son
bienveillant accueil,*

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Que notre maître, M. le professeur Segond, veuille bien accepter l'expression de notre très vive reconnaissance, non seulement pour nous avoir permis de profiter de son excellent enseignement, mais encore pour la grande bienveillance qu'il n'a cessée de nous témoigner pendant l'année d'externat que nous avons passée dans son service à la Salpêtrière.

Nous apprécions hautement l'honneur qu'il nous fait aujourd'hui en acceptant la présidence de notre thèse ; en lui adressant notre gratitude, nous regrettons de n'avoir pas à lui offrir un travail plus digne de son enseignement.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONSIDÉRATIONS

SUR

Quelques Procédés de fermeture de la Paroi abdominale

« *Sans fils perdus* »

INTRODUCTION

« Refaire avant tout de la vie. » Tel est le grand principe que proclamait Ambroise Paré. Comme tout travailleur, il affirmait ainsi l'instinct d'existence.

C'est pour un chirurgien une manière plus éloquente de l'affirmer que de s'appliquer, tout en guérissant, à respecter, chaque fois qu'il est possible, l'intégrité et l'harmonie des formes.

L'idée de guérison n'implique pas forcément destruction. Il semble qu'il y ait au contraire un progrès à vouloir que le mal une fois disparu, il ne persiste plus aucune trace de son passage. La cure véritable est celle qui rapproche davantage de l'état naturel.

Il ne suffit pas que l'opéré ou l'opérée se sentent délivrés du mal qui les tourmentait. Il est possible,

dans bien des cas, de leur enlever jusqu'au souvenir de leur ancienne souffrance.

C'est pour cette raison qu'un bon chirurgien doit exécuter le dernier temps opératoire, temps qui consiste à refaire au malade la paroi qu'il vient de lui démolir, avec le même soin, avec la même application que l'opération elle-même.

Car, toutes ces tares indélébiles d'opérations passées ne sont pas toujours causées par la nature même des lésions qu'on a guéries ou par un état général pathologique. Ces balafres, ces éventrations ou hernies de la paroi qui font souvent des opérées guéries de véritables infirmes, sont parfois le résultat d'une négligence du chirurgien qui, considérant que la suture importe peu, et que l'opération est terminée quand la tumeur est enlevée, passe la main à un aide pour terminer son œuvre, ou exécute lui-même à la hâte ce dernier temps opératoire.

En suturant la paroi, le chirurgien *signe* pour ainsi dire son ouvrage. C'est un souvenir de son mal qu'il laisse au malade. Il doit y apporter une certaine coquetterie de façon à ce que le souvenir ne soit ni disgracieux ni douloureux.

Il doit faire une bonne suture.

Dans ce travail, après avoir esquissé rapidement l'historique de la suture en général, nous réfuterons les conclusions du Congrès de Gynécologie de Genève, 1896. Nous établirons les conditions d'une bonne suture et nous décrirons, en terminant, les divers procédés qui paraissent les réaliser.

C'est à M. le D^r de Martel, chef de clinique de la Faculté, que revient l'idée première de ce travail. C'est lui qui nous l'a inspiré. Nous lui adressons nos plus vifs remerciements.

M. Katz a bien voulu nous aider dans nos recherches bibliographiques. Nous lui en exprimons ici toute notre reconnaissance.

HISTORIQUE

Sans avoir la prétention de retracer dans ce chapitre l'histoire complète de la suture, nous croyons nécessaire, au début de ce travail, de jeter un coup d'œil rapide sur les différents procédés, autrefois employés, pour refermer une paroi.

Avant que les affections abdominales fussent entrées dans le domaine de la chirurgie, on avait rarement l'occasion de pratiquer des sutures sur la paroi de l'abdomen. Le chirurgien n'intervenait que dans le cas de plaie pénétrante. Il faisait alors une suture quelconque, parfois, même, il négligeait de la refermer.

Les premiers chirurgiens qui pratiquèrent l'ovariotomie, créèrent les premières méthodes. Leur manière était simple. Ils se contentaient de suturer la plaie abdominale, comme ils l'eussent fait de toute autre plaie : ils comprenaient dans un seul et même point de suture le péritoine et toute l'épaisseur de la paroi. Ils pratiquaient, tout simplement, la suture en masse ou en un seul plan.

Pour donner une idée de cette suture, nous la décrirons telle que la pratiquait Spencer Wells.

Disons, toutefois, qu'avant d'adopter les sutures, S. Wells, dans ses dernières opérations d'ovariotomie, passait des épingles à suture ordinaire dans toute l'épaisseur de la paroi abdominale et distantes de 25 millimètres.

Il ne tarda pas à préférer les sutures aux épingles.

Voici comment il procédait :

Il avait un certain nombre de fils de soie longs de 45 centimètres et armés à chaque bout d'une aiguille longue et étroite. Chaque aiguille est introduite de dedans en dehors à travers le péritoine et toute l'épaisseur de la paroi, à environ 8 millimètres des bords sectionnés du péritoine et de la peau. De sorte que la soie peut traverser les tissus sans perforer les muscles droits.

L'extrémité des fils est tenue par un aide de façon à élever les lèvres de la plaie jusqu'à ce que les sutures profondes aient été appliquées. Alors on écarte les lèvres de la plaie de façon à permettre au chirurgien de s'assurer qu'il ne s'est pas fait d'hémorragie dans la cavité abdominale, qui, s'il en est besoin, doit être époncée soigneusement.

Cela fait, on attache les sutures et on coupe l'extrémité des fils. « Au risque d'être ennuyeux, je répéterai qu'il est d'une importance primordiale pour le succès de l'opération de comprendre le péritoine dans les sutures. » S. Wells avait, en effet, remarqué que les deux couches de cette séreuse adhèrent très rapidement l'une à l'autre. Il pensait de la sorte

empêcher « le pus et les autres liquides sécrétés » de pénétrer dans la cavité abdominale

Spencer Wells se souciait fort peu du plan fibreux, qui, vraisemblablement, devait échapper à la suture. Kœberle et Eshauser comprirent la nécessité de réunir le plan fibreux et modifièrent le procédé dans ce sens, se désintéressant, par contre, du plan péritonéal.

D'après Ratchinsky, la suture en masse a été généralement employée en Allemagne, en Russie et en Angleterre. En France, les professeurs Duplay et Trélat lui ont été fidèles. Actuellement, M. le professeur Segond a souvent recours aux procédés de son vieux maître. M. le professeur Delbet qui a longtemps pratiqué ce genre de suture a fait à ce sujet des expériences dont nous aurons l'occasion de parler au cours de ce travail. Enfin, M. le Dr Piqué, qui pendant des années a pratiqué la suture en étage, l'a complètement abandonnée. Depuis longtemps déjà, il pratique la suture en masse et compte à l'heure actuelle parmi ses plus ardents défenseurs.

Par contre, deux chirurgiens français, MM. Terrier et Pozzi se sont élevés contre la suture en masse et ont adopté la suture en étage.

Proposée par Novaco, Tillmann et Agedorn, perfectionnée par Senger, la suture en étage fut bientôt adoptée en Allemagne par Schrœder et Martin, en France par Dolens, qui l'appliquèrent d'abord aux périnéoraphies. Mais, c'est Pozzi qui, le premier, la fit connaître au Congrès de Chirurgie, en 1888.

La plupart des gynécologistes se mirent à la pratiquer et tout en conservant le principe y apportèrent des modifications particulières. Tandis que les uns établissaient trois plans, d'autres se contentaient de deux. Ceux-ci réunissaient isolément le péritoine, d'autres lui adjoignaient l'aponévrose profonde et en faisaient un plan séro-aponévrotique. Enfin, quelques-uns se sont servi de procédés mixtes ayant des rapports avec la suture en masse et la suture en étage.

Il serait trop long de faire connaître toutes ses variétés : D'ailleurs Fauvel s'est longuement étendu sur la description des procédés de La Torre, de Wylie et Ott, de Schede, et de Pryor.

Mais, si la suture en étage, réunissant plan par plan les parties constituantes de la paroi a pris une extension si rapide dans la chirurgie abdominale, on peut dire que c'est grâce aux efforts de MM. les professeurs Terrier et Pozzi.

Le 19 octobre 1887, M. le professeur Pozzi exposait devant la Société de Chirurgie de Paris un procédé particulier de suture : La suture en étage. Il l'annonçait comme un procédé spécial de suture de la paroi abdominale après laparotomie, ayant pour but de s'opposer à la formation consécutive des éventrations. Il lui donnait le nom de suture mixte ou combinée, car, dans ce procédé, il combine la suture à points séparés à la suture à points continus.

En 1893, au VII^e Congrès de Chirurgie, Condamin fit connaître sa méthode et mit en évidence les différences qui la distinguent de celle de M. le

professeur Pozzi. Au lieu de suturer isolément le péritoine, il le double du feuillet profond de l'aponévrose de droite.

Le second plan antérieur comprend le fascia antérieur de la gaine des droits. Le troisième plan : la peau.

En terminant nous citerons M. Jonnesco.

Lui aussi a imaginé plusieurs procédés.

Ardent partisan de la suture en étage, Jonnesco a imaginé trois procédés de suture à étage sans fil perdus. Ce sont des sutures en U, dont l'anse profonde comprend dans le premier plan, toute la lèvre droite de la plaie avec soit le péritoine seul, soit le péritoine et le fascia postérieur de la gaine des droits du côté gauche : Dans le second plan, toute l'épaisseur de la lèvre droite de la plaie avec l'aponévrose et le muscle opposé. Dans le troisième, la peau.

Dans la *Presse médicale* de 1899, il a décrit lui-même avec beaucoup de détails différents procédés.

Pour en avoir une idée exacte, il suffit de jeter les yeux sur les belles figures qu'il ajoute à son texte.

L'exposé rapide de ces divers procédés de suture connus et pratiqués, quoique certainement incomplet, donne cependant une idée assez exacte de la question. Il nous montre que de tout temps le monde chirurgical s'est préoccupé de bien refermer la paroi abdominale, de façon à éviter l'éventration et autres difformités. Il met, ensuite, en évidence qu'il existe deux grands genres de suture : la suture en masse ou en un seul plan et la suture à étages.

Cette division de sutures paraît assez naturelle, puisqu'elle est basée sur un de leur grand caractère différentiel.

Mais, il est des sutures à étage qui, par certains côtés, se rapprochent beaucoup de la suture en masse et de ses variétés.

Ce sont les procédés de suture à fil temporaire imaginés par Jonnesco. Ces sutures, aussi bien que les sutures en masse, sont des sutures sans fil perdu.

Dès lors, ne serait-il pas logique de créer à côté des deux grands groupes précédents, un groupe intermédiaire qui comprendrait toutes les sutures sans fil perdu ?

C'est de ce groupe que nous allons nous occuper.

INCISION

Au Congrès de Gynécologie, qui eut lieu à Genève en 1896, le professeur La Torre, dans un rapport des plus documentés, envisagea la question de la fermeture de l'abdomen aux points de vue suivants : 1° les fils employés ; 2° les tissus à inciser ; 3° la suture, elle-même.

Il insista particulièrement sur le choix des tissus à inciser et s'étonna que l'on ait jusqu'alors négligé de considérer un facteur aussi important. « En effet, dit-il, partant de ce principe que la hernie est due à la mauvaise réunion du plan musculo-aponévrotique, qu'il est indispensable de fermer ce plan et que souvent on n'y arrive pas malgré de bons fils et une bonne suture, on est contraint d'admettre qu'il y a un autre facteur dont on ne tient pas assez compte. Ce facteur n'est autre chose que les tissus que l'on suture. »

Puis, déclarant que les meilleurs tissus à inciser et à suturer, pour avoir une réunion par première intention et une cicatrice solide, sont les tissus musculaires, « parce qu'ils sont riches en vaisseaux et en

tissu connectif, il fait le procès de l'incision médiane.

« Pourquoi incise-t-on sur la ligne médiane ? »

Faisant, en quelque sorte, l'historique de la question, il rattache l'origine de l'incision sur la ligne blanche au précepte de Mauriceau, qui pratiquant l'opération césarienne *post mortem*, faisait une incision médiane, en opposition à Rousset qui incisait sur le côté chez les femmes vivantes. Il regrette que le précepte de Mauriceau ait prévalu.

« Spencer Wells, dit-il, accepta le précepte de Mauriceau et, après lui, donna l'élan à tous les grands opérateurs.

« Aujourd'hui l'incision sur la ligne médiane est la seule acceptée. Est-ce l'idéal ?

« Comme incision, oui, mais, comme tissus qu'elle nous donne à suturer, non. »

Après avoir cependant reconnu quelques avantages à l'incision médiane aponévrotique, dont le plus sérieux, à son avis, est l'absence d'hémorragie, il insiste particulièrement sur ses inconvénients qu'il oppose aux avantages de l'incision latérale. La cicatrice consécutive à l'incision aponévrotique est mince et se déchire facilement.

La cicatrice musculaire, au contraire, est épaisse et solide. Il en voit la preuve dans le fait suivant : « La cicatrice de l'utérus incisé, dit-il, dans l'opération de la césarienne, résiste à la distension des grossesses postérieures, tandis que la cicatrice de la ligne blanche cède aisément. »

Que la cicatrice de la ligne blanche cède aisément, cela dépend évidemment des cicatrices et rien n'est démontré à ce sujet. Mais un fait reste vrai, à savoir que la cicatrice de l'utérus consécutive à l'opération de la césarienne est très épaisse, très solide et très résistante.

Nous acceptons ce fait qui nous paraît d'autant plus évident que l'utérus, et particulièrement l'utérus en état de régression, est un muscle très riche, bien irrigué, où, par conséquent, les tissus se régénèrent avec une activité qui ne se trouve dans aucune autre partie du corps et particulièrement dans cette région sèche et fibreuse de la ligne blanche.

La cicatrice se fait très vite à ce niveau et avec le professeur La Torre, nous admettons que cette cicatrice est très forte et résiste à la distension de l'utérus.

Mais, s'ensuit-il que l'utérus soit, par le fait même, renforcé, la cicatrice en fait-elle un muscle plus solide et plus puissant ? Au contraire.

A une lame du tissu musculaire le plus délicat, au tissu le plus souple de l'économie, a succédé une lame rigide de tissu fibreux. Par suite, l'élasticité de l'organe est diminuée et avec elle sa force et sa fonction.

Comme le professeur La Torre, nous pouvons nous aussi invoquer des faits cliniques : une des causes les plus certaines de rupture de l'utérus, lors de la grossesse ou de l'accouchement, est la cicatrice. On ne peut, en effet, avoir séjourné quelque peu dans un service d'accouchement, sans avoir remarqué le soin avec lequel on inscrit dans les observations

la moindre déchirure susceptible de produire une cicatrice. Une simple déchirure du col donnera une cicatrice, qui, lors du prochain accouchement, sera peut-être la cause de terribles accidents.

De sorte que la femme, qui a été opérée de la césarienne est condamnée à la stérilité ou à une seconde césarienne.

Ces simples faits, que l'on connaît depuis longtemps, nous montrent suffisamment combien l'utérus cicatrisé, même pourvu d'une cicatrice solide, est un organe délicat et fragile ; d'autant plus fragile que sa cicatrice est plus forte et à cause de cette belle cicatrice particulièrement redoutée des accoucheurs.

La cicatrice qui détruit l'utérus, qui lui enlève sa force et cause sa rupture, n'a-t-elle pas aussi un rôle également néfaste, lorsqu'elle siège sur un muscle de la paroi abdominale. Comme pour l'utérus, ce sont des fibres musculaires qui disparaissent avec l'incision de la paroi et ne sont pas régénérées.

C'est par une cicatrice fibreuse, dit M. Lecène dans son livre de *Pathologie externe*, formée uniquement de tissu conjonctif, que se réunissent les muscles divisés.

La cicatrice interposée divise le muscle. Elle détruit sa ligne de force et par suite diminue son action. Elle augmente le travail du muscle. La même pression nécessite pour être contenue une force bien plus considérable, particulièrement au niveau de la cicatrice. Dans cette région les fibres musculaires sont tiraillées, surmenées, car elles suppléent au

rôle de celles que remplace la cicatrice, et lorsque la pression devient trop considérable, elles se rompent.

En la circonstance, nous avons supposé une cicatrice épaisse et très solide. Mais si, au contraire, la cicatrice est très mince, c'est cette dernière qui craquera. Des deux facteurs qui constituent la paroi et chargés de maintenir la pression abdominale, le muscle et la cicatrice, c'est toujours le plus faible qui fléchira et fléchira d'autant plus que l'autre sera plus résistant. Tel est, nous semble-t-il, le mécanisme de la formation des hernies consécutives à une cicatrice musculaire.

Dès lors, cette solidité de la cicatrice musculaire que recherche, particulièrement, M. La Torre, nous apparaît comme la cause même de l'éventration.

Si paradoxal qu'il nous paraisse, ce fait n'en est pas moins réel : Il semble, en effet, que l'on puisse rapprocher le muscle cicatrisé, pourvu d'une forte cicatrice, du barreau de chaise cassé et réparé avec cette colle particulière qu'emploient les menuisiers. En la circonstance, la colle remplace la cicatrice. Elle résistera, et si le barreau se recasse, il se recasera au raz même de la couche de colle.

Ainsi, se trouvent suffisamment démontrés les inconvénients de la suture en plein muscle, telle que la pratiquait Levet après incision latérale.

D'ailleurs, M. La Torre lui-même, quoique partisan de la suture en plein muscle, n'épouse pas complètement la méthode de Levet. « Non, dit-il, j'ai

déjà dit que j'accepte l'incision médiane, mais modifiée dans le sens de ne pas comprendre l'aponévrose dans la suture. Il faut enlever l'aponévrose et suturer sur les bords des muscles droits cruentés : telle est la meilleure méthode, nos expériences et nos recherches le démontrent. »

Nous admettons les déclarations du professeur La Torre.

Mais, puisqu'il met en cause M. Doléris, nous nous faisons un devoir d'enregistrer sa protestation : « Je n'ai jamais, dit M. Doléris, pratiqué de parti pris la résection totale de la bande fibreuse comme le conseille M. La Torre. On doit se demander ce que sera, après une telle perte de substance suivie de l'approchement par suture des bords des muscles droits, la cicatrice tégumentaire.

Il semble qu'il doit y avoir une telle exubérance de la peau que fatalement il sera difficile d'affronter régulièrement celle-ci sans déformation de la plaie. Un bourrelet se formera sans doute.

En outre, si la section est restée sous-ombilicale, la continuité de la ligne blanche au-dessus et au-dessous de l'ombilic sera faussée et interrompue par une résection de la lame fibreuse qui ne porterait que sur la portion inférieure de l'abdomen.

La même remarque est à faire pour le cas où l'on serait tenté de supprimer une partie du tégument lui-même sur les lèvres de l'incision. On ne saurait s'appuyer sur ce qui se pratique en cas d'éventration réelle, ou plutôt de hernie post-opératoire, car dans

ce cas, on ne fait que rogner la poche cutanée de la hernie, après quoi l'affrontement du tégument reste très aisé.

Ce sont, là, des objections *a priori*, mais qui m'ont conduit à la résection partielle de la ligne blanche sans aller jusqu'à l'affrontement immédiat des muscles droits. Quant à la valeur de la suture elle-même, il ne faut pas se hâter de la conclure.

Leur statistique est différente de la nôtre.

M. Latorre a sectionné et suturé sur la région sous-ombilicale. Or, cette région de la paroi chez le chien ne supporte aucun effort, sa disposition ovalée l'indique. La région sus-ombilicale, au contraire, constitue la région déclive où aboutissent les efforts de la pression abdominale. C'est donc dans la région sus-ombilicale qu'il faut sectionner et suturer les droits pour juger ensuite des résultats obtenus, notamment de la résistance d'une pareille suture ».

Ainsi, après avoir déclaré qu'il ne pratiquait qu'exceptionnellement la résection de la ligne blanche, M. Doléris, annule les expériences de M. Latorre. Cela nous paraît d'autant plus naturel, qu'il nous paraissait extraordinaire d'admettre, comme le dit M. Latorre dans son rapport, que tous les gynécologues pratiquaient la résection de la ligne blanche. Parmi ceux que nous avons l'honneur de connaître, aucun ne la pratique systématiquement. Nous trouvons étrange, en effet, qu'il y ait avantage, comme M. Latorre le proclame, à substituer à une large bande fibreuse organisée et élastique, telle que l'aponévrose

de la ligne blanche, une bande solide, mais étroite et rigide, inextensible comme doit l'être la cicatrice résultant de sa résection.

Si l'aponévrose de la ligne blanche est essentiellement constituée de tissu fibreux, il n'en est pas moins vrai qu'il rentre dans sa constitution histologique des fibres élastiques. Comme le dit M. Nicolas, dans le *Traité d'anatomie de M. Poirier*, « les cloisons qui entourent les faisceaux fibrillaires ont une structure un peu différente suivant leur épaisseur. Les plus minces sont formées d'une lamelle de tissu conjonctif mélangé à des *fibrilles élastiques disposées en réseau*. »

Ainsi, il apparaît nettement que l'aponévrose de la ligne blanche quoique fibreuse, contient des fibres élastiques. La cicatrice qu'on lui substitue après sa résection est purement fibreuse, inextensible, car les fibrilles élastiques n'ont pas été régénérées. C'est une bande de tissu conjonctif étroite, solide, mais rigide. Gyll de Wyli a bien mis en évidence la nécessité de conserver autant que possible ce plan fibreux : « L'épais fascia qui sépare et réunit les muscles droits, qui forme leur gaine et constitue la ligne blanche est, en réalité, le tendon des muscles abdominaux à direction transversale ; c'est ce fascia et non les muscles droits, qui donne aux parois leur résistance dans le plan transversal. »

Ratchinsky, lui aussi, est formellement opposé à la réunion du bord interne des muscles droits. « L'accollement artificiel des muscles droits, les met dans des conditions de fonctionnement qui ne sont pas natu-

relles, les prive de leur mobilité naturelle, ou des rapports anatomiques pathologiques anormaux, en un mot, détruit le mécanisme du fonctionnement de la pression. »

Quand on supprime la ligne blanche, on diminue considérablement la paroi abdominale et on réduit la cavité qu'elle contient. On augmente, par suite, la pression abdominale. Et, n'est-ce pas diminuer la puissance d'une cicatrice ou de la paroi dont elle fait partie, que d'augmenter la force qu'elle a pour but de maintenir ?

Il est, dès lors, évident que dans la laparotomie, l'incision de choix est l'incision médiane sur la ligne blanche.

Quant à sa longueur, elle est tout à fait relative et varie avec chaque opération. Il est certain qu'on ne doit pas à plaisir l'exagérer, mais nous n'osons dire comme certains chirurgiens qu'elle doit être rigoureusement petite dans tous les cas.

« Qu'on commence par là, dit M. le professeur Delbet, cela est acceptable, puisque, en effet, on a pu enlever des ovaires de petit volume et sans adhérence, à travers une boutonnière de petite taille. Mais s'y tenir de parti pris, ce serait perdre tous les avantages de cette voie opératoire. Si on commence par une petite incision, il faut dès que la moindre difficulté survient, l'agrandir sans hésiter. Je pense qu'il y aurait bien plus d'inconvénients à agir à l'aveugle que d'augmenter l'incision de quelques centimètres. »

Ce sont les conseils d'un sage praticien. En terminant cette discussion, il nous a paru bon de les faire entendre.

MATÉRIAUX DES SUTURES

§ 1. — Inconvénients des fils perdus dans les sutures

Le 16 novembre 1887, à la Société de Chirurgie, dans une discussion sur la cure radicale des hernies, M. Th. Anger, disait qu'il était persuadé que la suppuration a pour effet de provoquer une cicatrice plus épaisse et plus résistante que celle qu'on obtient par les autres procédés et qui ont pour but la réunion primitive. M. le professeur Trélat prit aussitôt la parole et protesta :

« Rien au monde, dit-il, n'est aussi solide qu'une cicatrice résultant d'une réunion par première intention » et aussitôt M. le professeur Terrier faisait remarquer qu'il avait vu parfois à la suite d'ovariotomie la plaie abdominale suppurar et que, dans presque tous ces cas et dans ces cas seulement, il avait assisté à la production ultérieure d'une éventration.

Empêcher par tous les moyens que les méthodes antiseptiques mettent à sa disposition que la plaie opératoire ne suppure, en d'autres termes obtenir la réunion par première intention, tel est le but que cherche à atteindre le chirurgien.

Les fils perdus ont toujours été la cause de graves accidents relevant soit de leur élimination tardive, soit de leur résorption trop rapide.

Inconvénients des fils perdus non résorbables. — Le crin de Florence, le fil d'argent très fin, la soie sont les fils non résorbables habituellement employés. Dans les sutures profondes, la majorité des chirurgiens emploie, généralement, la soie. Malgré tous ses avantages, elle peut suppurer et tend plus tard à s'éliminer. Ce sont ses gros inconvénients ; il nous paraît intéressant de les examiner.

Nous n'insisterons pas sur la suppuration immédiate. Elle est la conséquence naturelle d'un défaut d'asepsie. Ceci s'explique d'autant plus, que la soie est difficilement stérilisable et d'une infection très rapide pendant la manipulation de la suture. Néanmoins, ce dernier grief n'a qu'une valeur relative, car on peut en dire autant de tous les fils : il importe peu que ce soit du catgut, du lin, ou de la soie quand les mains qui touchent au fil sont impures. Si la soie est peut-être inférieure aux autres matériaux de sutures au point de vue aseptique, c'est que sa texture en tresse fait qu'elle s'imbibe plus aisément des sécrétions de la plaie et peut constituer un terrain favorable à la culture microbienne. Toujours est-il qu'on peut l'obtenir complètement stérilisée si l'on veut bien.

L'élimination tardive nous intéresse davantage. C'est un accident très fréquent. Après avoir été longtemps toléré par les tissus, le fil suppure et

s'élimine. Comme tout corps étranger qui pénètre dans les tissus tend à s'enkyster, le fil tend, aussi, à s'enkyster. Il s'enkyste. L'enkystement met les parties voisines à l'abri de son contact irritant.

Poulet, qui a établi ce fait, a aussi démontré que cette protection n'était pas indéfinie, mais susceptible de modifications pour un grand nombre de causes. « Les changements qui surviennent dans ces cas de tolérance, dit-il, sont tous les mêmes et appartiennent aux accidents inflammatoires. Là, c'est une balle, logée dans le cerveau depuis vingt ans et dont la poche s'enflamme et devient purulente ; là, c'est un vieux tibia qui depuis trente ans, portait sans s'irriter une balle reçue pendant la campagne du Premier Empire. Soudain les accidents se révèlent avec une telle intensité qu'ils compromettent la vie et qu'il faut amputer l'invalidé. Peu importe le temps qui s'est écoulé depuis l'accident puisque les vieillards ont vu se rouvrir des plaies qui toléreraient des projectiles depuis plus de cinquante ans. »

En faisant toutefois remarquer la différence qui existe entre une balle et un fil aseptique, nous ne pouvons nous empêcher de constater la similitude des accidents que cause leur élimination. Ils sont très graves et très fréquents. Il n'y a pas de chirurgien, même parmi ceux qui se vantent de réaliser l'idéal absolu d'asepsie, qui n'ait eu à constater l'accident tardif de l'élimination d'une soie perdue dans les tissus. Comme l'a dit M. Lucas-Championnière, une soie même aseptique est susceptible d'être éli-

minée. On peut citer à l'appui de cette assertion l'observation de Gérard-Marchant : un fil de soie, examiné attentivement dans le laboratoire du professeur Cornil, et, reconnu parfaitement stérile, fut employé dans la fixation d'un testicule. Le travail d'élimination fut tel, que, longtemps après, on dut faire la castration.

Il n'est pas rare de constater dans les services de chirurgie le fait suivant : Un malade quitte l'hôpital avec une plaie parfaitement cicatrisée et sans que rien puisse faire prévoir une complication ultérieure. Puis, il revient après un temps plus ou moins long présentant un abcès au niveau d'une des soies qui cherche à s'éliminer. On part, alors, à la recherche du fil incriminé souvent sans résultat, et il faut attendre plus ou moins longtemps que le travail d'élimination soit terminé, pour que la fistule se ferme et que tout rentre dans l'ordre. Et encore, n'est-on pas sûr qu'un ou plusieurs voisins ne causent le même ennui. Il suffit, du reste, de parcourir la littérature médicale pour se convaincre de la fréquence de ces accidents. Bien entendu, nous écartons les cas, où, un défaut d'asepsie met entre les mains du chirurgien des matériaux infectés. Mais, quand la soie est éliminée plusieurs semaines ou plusieurs mois après l'opération, il est difficile d'incriminer un défaut d'asepsie, commis dans l'acte opératoire.

Il ne faut pas croire que l'élimination d'un fil est un simple phénomène de suppuration purement local. Il y a souvent les symptômes généraux les plus gra-

ves, qui égarent le chirurgien et qui, par suite, témoignent d'une violente réaction de l'organisme atteint. L'observation que nous avons recueillie dans un des services de chirurgie en renon, en est une preuve évidente :

H. G. . . , âgée de vingt-deux ans, garde-malade.

1903. — Appendicite opérée à froid. Réunion par première intention.

Décembre 1903. — Dilatation de l'utérus (règles douloureuses).

Juin 1908. — Ovariectomie. Drain. Réunion consécutive.

Cicatrice solide et pas douloureuse.

Avril 1908. — Hystérectomie. Dix jours après, ablation des fils. Quatre jours après : douleurs. Petits abcès au niveau de la cicatrice, traités et guéris au bout de huit jours.

Vendredi 23 janvier 1909. — Mal à la tête et forte fièvre. Le ventre est légèrement sensible.

Samedi matin saignement de nez. Céphalée et fièvre persiste. Elle rentre à l'hôpital. Un médecin l'examine. A tous les symptômes précédents, s'ajoutent une prostration considérable et quelques taches rosées. Il porte le diagnostic de fièvre typhoïde.

Une heure plus tard, elle est examinée par le chef de service. A l'examen du ventre, il note un certain empâtement au-dessous de la région ombilicale, au niveau de la cicatrice. Sans toutefois contester le diagnostic posé par le médecin, on décide de pratiquer une incision exploratrice. On incise immédiatement. Flot de pus verdâtre provenant d'un abcès de la paroi.

Le soir même, la fièvre diminuait et tous les symptômes généraux disparaissaient.

A l'heure actuelle la plaie est refermée, la malade est guérie. Mais n'est-elle pas encore sous le coup du même accident ? Rien n'est moins sûr, car si ce fil s'est éliminé, tous les voisins peuvent encore en faire autant.

Diverses théories ont été émises pour expliquer ces accidents. Les uns les attribuent au voisinage de l'intestin qui laisse filtrer les coli-bacilles, les autres y voient l'influence de l'état général, d'autres encore une infection secondaire, soit par la voie sanguine, soit par une autre voie, localisée au niveau de corps étrangers non résorbés. Pour MM. Forgues et Reclus, il s'agit bien d'une contamination secondaire. La structure lacunaire des fils de soie, disent-ils, permet une imbibition de proche en proche, une aspiration capillaire comparable à l'extrémité d'une mèche capable d'inoculer secondairement un point primitivement aseptique et de créer ainsi un véritable « Séton infectieux ».

Poppert, frappé de ce fait, que dans la cure radicale de la hernie, les sutures faites à la soie suppuraient avec élimination ultérieure de fil dans des proportions considérables, donne l'explication suivante. Il rattache la suppuration des sutures dans bien des cas à un phénomène d'ordre mécanique. Il fait notamment observer que ces suppurations se produisent surtout lorsqu'on est obligé de placer un grand nombre de sutures profondes ; les fils en

étreignant les tissus entravent la circulation, empêchent les échanges, et, par suite, provoquent la nécrose. Les parties nécrosées, au lieu de se résorber, s'éliminent en provoquant une sécrétion séreuse. Ce liquide se porte, alors, vers les points les moins résistants, se fait jour à travers la cicatrice, et la fistule une fois constituée, il se fait une infection secondaire de la plaie par les pyogènes de la peau. Ce qui viendrait à l'appui de cette théorie, c'est que l'auteur a pu faire une série de trente cures radicales de hernies inguinales sans une seule suppuration, en modifiant sa technique. Il place un petit nombre de sutures très espacées et il en serre modérément les fils. Un autre fait que l'auteur invoque en faveur de son hypothèse, c'est que la suppuration est exceptionnelle toutes les fois que les fils sont simplement destinés à l'occlusion de l'anneau herniaire dont les tissus sont résistants et possèdent une plus grande vitalité.

A côté de ces inconvénients, les avantages des fils non résorbables nous apparaissent modiques et presque insignifiants. Employés par beaucoup de chirurgien dans un but de maintien ou de contention, les fils non résorbables semblent ne pas répondre à cet avantage. Ce rôle de contention paraît purement illusoire ; c'est, du moins, ce qu'a démontré à la Société de Chirurgie M. le professeur Quénu, à propos des fils d'argent que l'on emploie dans les sutures de la rotule. « Le maintien en contact des fragments obtenus à l'aide de fils métalliques n'est qu'un moyen de contention temporaire. S'il est possi-

ble dans certains cas d'observer l'intégrité des fils métalliques au bout de plusieurs années, il est d'autres exemples où la rupture s'est produite, que l'on ait usé de la suture, proprement dite, ou du cerclage. C'est pour éviter ces ruptures attribuées à l'oxydation des fils que M. Peyrot, je crois, a adopté le fil de platine au lieu du fil d'argent. Mais, alors même que les fils métalliques n'auraient subi aucune altération, ils seraient à la résistance de la rotule d'un médiocre appoint, spécialement si on a recours au cerclage. »

L'année suivante Lucas-Championnière apporta à la Société de Chirurgie une radiographie d'une fracture de la rotule opérée et guérie, ajoutant ainsi un fait de plus à la thèse du professeur Quénu. La rotule est encerclée d'un réseau de gros fils bien apparent. Il semble toutefois que ces fils soient plus réguliers et qu'en certains points ils soient amincis. Enfin, on aperçoit à la partie postérieure, et, tout à fait en arrière, un fragment de fil isolé. Il est probable que l'extrémité des fils ayant été rongée, ayant subi une résorption partielle, s'est brisée, puis, est tombée dans la cavité articulaire.

Il y a là, un fait remarquable se rapprochant très bien des observations publiées dans le beau *Traité des ligatures* de Balance et Edmonds :

Les fils métalliques d'argent dans l'intérieur de l'économie peuvent subir une résorption partielle, une sorte d'usure.

Comme nous l'avons dit au début de ce chapitre,

les avantages des fils résorbables nous apparaissent bien modiques à côté de leurs inconvénients. Ainsi s'explique l'usage des fils non résorbables.

§ 2. — Inconvénients des fils résorbables

Pour éviter ou tout au moins pour diminuer les accidents dont nous venons de parler et inhérents à la nature même des fils, les chirurgiens ont remplacé les fils non résorbables par des fils résorbables. Dans cette catégorie des fils, nous n'avons à considérer que le catgut. Nous devons cependant mentionner les fils fabriqués avec le tendon du kangaroo, préconisés par Marcy et Boston. En France, le professeur Terrier l'a essayé. Néanmoins son emploi ne s'est pas généralisé. Le catgut, au contraire, a tout de suite joui d'une grande vogue. Actuellement, il conserve à juste titre, d'ailleurs, de nombreux fidèles.

Mais, il faut compter avec les soins méticuleux qu'exige sa préparation.

M. le professeur Pozzi, qui prétend qu'il n'y a pas en chirurgie de matériel de suture qui puisse se comparer au catgut, semble avoir triomphé de cette difficulté. Il se sert d'un catgut préparé dans son service à l'essence de genévrier, dégraissé à l'éther, stérilisé à l'étuve sèche à 110 degrés durant une heure, trempé dans une solution de sublimé à 1/1000 puis dans de l'essence de bois de genévrier pendant plu-

sieurs semaines. Il est ensuite conservé dans l'alcool nitrifié.

Il est évident que ce mode d'apprêt est excellent, et M. le professeur Pozzi, comme tous ceux qui emploient le catgut et qui se sont ingénies à découvrir un procédé de stérilisation, prétend n'avoir jamais eu d'accidents de suppuration. Rien ne nous étonne de la part de cet habile chirurgien et nous admettons volontiers ses résultats opératoires. Mais, nous ne pouvons nous empêcher de constater que son procédé de stérilisation n'est pas très simple. Il n'est pas facile à réaliser et peut-être même impossible en dehors des services bien organisés. D'ailleurs, même parfaitement stérilisé, le catgut présente des inconvénients. On a objecté que la préparation le rend cassant, que son élasticité ne permet pas de faire de ligatures serrées. Les nœuds se desserrent facilement, car le catgut gonfle et devient visqueux dans les tissus.

D'autres prétendent que sa grande rapidité de résorption rend son emploi dangereux dans la réunion des plaies de laparotomie. On lui reproche ainsi les qualités qui en expliquent l'emploi. Pour remédier à cet inconvénient, on a songé à en augmenter l'épaisseur. Il semble, en effet, que la durée de la résorption soit proportionnelle à la grosseur du fil. Mais, ici, ont de nouveau surgi les difficultés de stérilisation. Si un catgut mince est difficile à stériliser, il apparaît impossible, avec le même moyen, de stériliser une certaine épaisseur de cette même substance.

Dès lors, tous ces inconvénients persistent. Les fils résorbables, aussi bien que les fils non résorbables, présentent, donc, de gros inconvénients. L'on saisit très bien que depuis longtemps on ait cherché à les éviter. De là sont nées des techniques nouvelles.

Puisque tous les fils sont sujets à caution pour des raisons diverses que nous avons passées en revue, on a pensé rationnel de les supprimer, en empruntant les éléments, nécessaires à la réunion, aux tissus de l'organisme, lui-même. C'est ainsi que sont nés les divers procédés de sutures autoplastiques.

Mais, comme celles-ci sont souvent bien difficiles à réaliser et que l'exécution en est plutôt théorique, on a créé des méthodes de suture avec fils, mais non permanents, ces fils étant disposés de telle sorte que les plans profonds pussent être réunis, sans qu'on soit obligé de les perdre dans les tissus.

Telles sont les méthodes de sutures à fil temporaire que nous nous proposons d'examiner.

SUTURE EN MASSE

Le type de la suture « sans fit perdu » est certainement la suture en masse ou en un seul plan. C'est la plus simple de toutes les sutures ; c'est aussi la plus ancienne.

Spencer Wells fut le premier à la pratiquer. Ce fut, en effet, Spencer Wells qui, le premier, proposa de comprendre le plan péritonéal dans la suture de la paroi abdominale. Avant lui, les chirurgiens n'osaient toucher à cette sérieuse « dans la crainte de la léser et surtout d'y développer une inflammation traumatique ».

Tout en redoutant lui aussi l'abord du péritoine, Spencer Wells connaissait, pour les avoir appris sur les animaux, les dangers qu'il y avait à le laisser sans suture derrière la cicatrice au fond de la plaie.

Il avait, en effet, constaté que, lorsque ses bords divisés ne se réunissaient pas, ils contractaient des adhérences avec les viscères abdominaux, adhérences qui, devenues plus fortes et plus solides, pouvaient former des brides capables de donner lieu à des étranglements. Ce sont ces considérations qui l'ont amené à joindre le péritoine au reste de la paroi et à pratiquer ainsi la suture en un plan. Plus tard,

bien des chirurgiens l'imitèrent, et, de nos jours, bien des opérateurs se félicitent des résultats qu'ils réalisent avec ce procédé.

Il est donc probable que la suture en un plan répond à toutes les conditions d'une bonne suture.

Ces conditions, quelles sont-elles ?

Une bonne suture doit d'abord être aseptique. La suppuration doit être particulièrement redoutée du chirurgien, car elle retarde la cicatrisation. Pour obtenir une bonne cicatrice il faut que la plaie se réunisse par première intention. « Il faut, dit Lucas-Championnière, pour qu'une cicatrice soit solide et puissante, qu'elle se fasse vivement, sans suppuration, les tissus étant dans le contact le plus immédiat. Th. Anger a cependant présenté à la Société de Chirurgie un malade porteur d'une cicatrice solide obtenue après une longue suppuration. Ainsi, s'expliquerait la technique de certains chirurgiens qui, prétextant que la suppuration produit du tissu fibreux, injectaient tout autour de l'anneau herniaire un liquide irritant. Ils produisaient ainsi une suppuration artificielle. Cette pratique ne s'est pas répandue et, depuis Trélat, on considère toujours « qu'aucune cicatrice n'est plus solide que celle produite par réunion primitive ».

Il faut, de plus, qu'une suture ne contienne pas de corps étrangers. Tout en n'étant pas trop serrées, les lèvres de la plaie ne doivent pas délimiter entre elles d'espace mort. Il faut, surtout, qu'elle réalise un affrontement parfait des tissus similaires. Ce fait est impor-

tant à noter, car comme le dit Willy, « ce n'est pas l'ancienneté de la cicatrice qui fait sa force, mais plutôt, l'opposition exacte des tissus divisés. Il suffit de quelques semaines de guérison d'une telle plaie, dont la cicatrice gagnerait peu de force, avec les années, si les bords étaient mal réunis et ajustés d'une façon incomplète ».

De plus, cet affrontement exact des plans de la paroi abdominale a, en outre, l'avantage de mettre à l'abri de l'emphysème cutané consécutif aux laparotomies. Cet accident, heureusement, est assez rare. Néanmoins, Grœfe et Winter en ont publié quelques cas. Heller en a publié un nouveau cas observé à la clinique de Kehrn. Après en avoir longtemps cherché la cause, il incrimina une suture mal faite. Des expériences faites sur des lapins et cadavres d'enfants, lui ont montré que l'emphysème se produisait toutes les fois que l'air ayant rempli la cavité péritonéale, on avait fait une suture exacte de la peau sans que les parties profondes des parois abdominales fussent affrontées exactement.

Aussi, la conclusion du travail de Heller est-elle la suivante : « Pour éviter l'emphysème cutané, il faut porter toute son attention sur un affrontement exact dans toute l'épaisseur des lèvres de la paroi abdominale. Or, cet affrontement est *réalisé dans la suture en masse.* »

Les brillants résultats que nous avons constatés dans les services où l'on a l'habitude de pratiquer la suture en masse, nous permettent de supposer que cette

suture possède les qualités que nous venons d'énumérer. Et, cependant, dans la *Presse médicale* du mois de novembre 1899, M. Jonnesco, dans un article fort intéressant et où il décrit sa suture, l'a proscrite en ces termes : « Quant à la suture en masse elle est jugée : c'est la fin des sutures. »

En 1896, au Congrès de Genève, le professeur La Torre, tout en reconnaissant qu'on a des éventrations avec toutes sortes de sutures, se proclame nettement partisan de la suture à étage, puisqu'il décrit et préconise une suture à cinq plans ; et il ajoute : « Les conditions indispensables pour une bonne suture, dit-il, sont qu'il y ait une parfaite coaptation dans toute l'étendue de l'incision, de façon qu'il n'existe pas d'espace mort et que les points ne soient pas trop serrés et coupent les fils. Ces conditions ne peuvent pas se réaliser, lorsqu'on suture en masse au fil d'argent les tissus incisés sur la ligne médiane. » Et il apporte à l'appui de ces considérations critiques toute une série de planches où il a mis en évidence les avantages de la suture en étages et les inconvénients de la suture en un plan. Devant de pareils arguments scientifiques, il semble que toute discussion soit, dès lors, inutile. Nous admettrions, certainement, toutes ses affirmations qui semblent relever d'une grande sincérité, si nous n'avions à leur opposer des faits aussi scientifiques.

Nous avons, en effet, trouvé, dans la thèse de M. Dupont, toute la série des expériences que M. le professeur Delbet fit à Clamart bien avant le Congrès

de Genève. Ces expériences exécutées sur le cadavre, ont été faites spécialement dans le but de constater si l'affrontement des différents plans et, en particulier, des plans fibreux est obtenu d'une façon suffisante par la suture en un seul plan, sans laisser d'espace mort.

Après avoir fait une laparotomie sur le cadavre, M. le professeur Delbet pratique la suture en masse ; puis, congèle le cadavre, afin de pouvoir faire des coupes permettant de se rendre compte de l'état de la suture. Or, jamais il n'a rencontré le moindre espace mort sur aucune coupe, qu'elles fussent faites près de la suture ou au milieu de la suture. De même, les différents plans de la paroi étaient parfaitement accolés et affrontés.

Comme Heller l'a démontré sur des lapins, M. Delbet a démontré sur des cadavres que la suture en masse répondait aux conditions essentielles d'une bonne suture, et les deux grands griefs que M. Latore lui impute ne peuvent plus subsister. Pas plus que dans la suture en étage bien faite, il n'y a d'espace mort dans la suture en un plan, et dans les deux cas il y a une continuité aussi parfaite des différents tissus. Dès lors, cette suture apparaît au chirurgien comme la suture idéale. Elle ne présente plus que des avantages et ces avantages sont considérables : Elle est simple, elle est rapide, et épargne en outre, au chirurgien le souci des matériaux qu'il emploie. Car les matériaux employés dans cette suture (fil d'argent) sont simples et faciles à stériliser. Ce

sont de gros fils d'argent temporaires et faciles à enlever. Les fils perdus, cause de bien des suppurations et source de bien des déboires, pour le médecin aussi bien que pour le malade, sont ici évités : La sécurité est absolue.

Aussi, trouvons-nous extraordinaire la statistique dressée par Kurhn dans la clinique de Marburg et que M. Latore a citée au Congrès de Genève.

Suture en un seul plan	53 o/o de hernies
Suture en étages	10 o/o —

Sans aller jusqu'à dire comme Tailleraud, que la statistique est le mensonge en chiffre, nous nous étonnons simplement, et, après les faits que nous venons de citer, nous ne lui reconnaissons qu'une faible valeur.

D'ailleurs, si la suture en masse était suivie aussi fréquemment de hernies que le veut la statistique de Kurhn, elle aurait été depuis longtemps délaissée, et il est peu probable qu'on continuât à la pratiquer. Pourtant, bien que plusieurs chirurgiens et non des moindres, MM. les professeurs Pozzi et Terrier, se soient élevés contre elle, elle a gardé des partisans convaincus et des défenseurs acharnés. On la pratiquait en Allemagne et en Russie pendant qu'en France le professeur Tillaux écrivait dans son *Traité de Chirurgie clinique* : « Je continue à prendre dans la même suture le péritoine, les muscles et la peau sans faire plusieurs plans de suture, l'expérience m'ayant démontré que les résultats obtenus sont excellents. »

Actuellement, parmi les chirurgiens que nous avons l'honneur de connaître beaucoup l'emploient. M. le professeur Segond, sans y être systématiquement attaché, y a souvent recours et lui doit de bonnes cicatrices. M. Guinard la pratique aussi depuis longtemps.

Quant à M. Piqué, qui, il y a quelque temps, pratiquait systématiquement la suture en étages, l'a depuis longtemps abandonnée et n'emploie plus maintenant que la suture en masse.

Nous arrêterons ici cette énumération qui risquerait de devenir fastidieuse. Il nous paraît plus intéressant d'exposer la technique de ce procédé.

Cette suture a été décrite par M. Monod en 1899, dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie*. Tous les chirurgiens qui la pratiquent sont, depuis lors, restés fidèles aux règles qu'il a fixées.

Technique. — « Une aiguille emmanchée, forte et très courbe, est enfoncée dans la peau sur l'une des deux lèvres de la plaie à 6 ou à 8 millimètres du bord libre de cette lèvre; la peau traversée, l'aiguille est inclinée de façon que sa pointe, glissant sous le tégument de dedans en dehors, aille pénétrer à travers le muscle droit, et sa gaine. L'aiguille ayant ainsi chargé le muscle dans sa concavité, sa pointe est ramenée vers la ligne médiane de façon à paraître dans le ventre en perforant le péritoine le plus près possible de son bord libre. La même manœuvre étant répétée sur le bord opposé de telle

sorte qu'il comprime dans son anse très peu de peau, beaucoup de muscles et peu de péritoine.

C'est suivant cette méthode qu'ont été suturées les parois des malades dont nous publions ci-contre les observations :

SUTURE EN HUIT DE CHIFFRE

La suture en huit de chiffre est une variété de suture à fil temporaire. Notre maître le professeur Segond l'emploie depuis fort longtemps, comme suture de renforcement dans la suture en masse, qu'il s'agisse de laparotomie médiane ou latérale pour appendicite. Actuellement, bien des chirurgiens la pratiquent. Néanmoins, notre maître, qui l'a pour ainsi dire imaginée, a été le premier à l'employer. Nous tenons, dès le début de ce chapitre, à bien mettre ce fait en évidence, car cette priorité lui a été un moment contestée.

En 1899, M. Lambotte décrit dans un journal : *La clinique des hôpitaux de Bruxelles*, un procédé analogue. Il est certain qu'à cette époque rien n'avait encore été publié à ce sujet, et M. Lambotte a certainement été le premier à faire connaître son procédé, qui se calque absolument sur celui de notre maître. Mais, lorsque cette publication a été faite, M. Lambotte pratiquait la suture depuis quelques mois à peine et n'en avait que quelques observations, tandis que notre maître la pratiquait depuis bien des années. Loin de nous l'intention de suspecter M. Lambotte et de douter de sa sincérité.

Comme nous venons de le dire, M. Segond n'a rien publié à ce sujet, il n'est donc pas étonnant que M. Lambotte ait eu, un moment, l'illusion de cette paternité. Sa publication n'ajoute rien à son mérite qui reste grand malgré cette coïncidence, mais il serait regrettable qu'elle atteignît, en le diminuant, le mérite de notre maître qui, en la circonstance, conserve toute la priorité. Quoique pratiquant le même procédé, un détail de technique à ce point de vue sépare les deux chirurgiens. Il nous paraît intéressant de le faire connaître.

Puisque M. Lambotte veut en l'occurrence pratiquer une suture où seront évités les fils perdus, dont il démontre les inconvénients, pourquoi n'applique-t-il pas ce principe dans toute son intégrité et ne cherche-t-il pas ainsi à réaliser l'idéal : dans tous les cas, ce chirurgien pratique un surjet péritonéal. Les fils dont il se sert sont très fins, mais ce sont des fils, tout de même, qu'il abandonne ainsi dans la profondeur de la plaie. Les raisons qu'il invoque contre les fils permanents n'ont de valeur que s'il les supprime complètement ; sinon autant pratiquer la suture en étage ordinaire qui réussit certainement avec des mains soigneuses et des matériaux sûrs.

M. Segond, au contraire, ne fait pas de surjet péritonéal et pour donner une idée exacte de cette suture à fil temporaire, nous décrivons son procédé tel qu'il a l'habitude de le pratiquer :

Après avoir écarté la peau, il pique l'aponévrose, le muscle et le péritoine en prenant comme dans la

suture en masse beaucoup d'aponévrose et de muscle et peu de péritoine. Il refait la même manœuvre du côté opposé, de telle sorte que tous les plans péritonéo-musculo-aponévrotiques des deux lèvres de la plaie sont traversés et maintenus dans l'anse du fil.

Il croise les deux chefs sur la ligne médiane et passe, ensuite, chaque chef en travers la lèvre cutanée du même nom. Tel est le procédé que pratique notre maître.

Schœffer et Kehn l'ont pratiqué pendant longtemps.

En France, M. Clado fut le premier à le faire connaître, et, en 1900, il inspira la thèse de M. Frappier. Dans cette thèse, il en publie une étude expérimentale des plus intéressantes. Il démontre qu'avec ce procédé de suture, les parties affrontées qui vont se cicatriser, laisseront une cicatrice qui aura la forme d'une cloison antéro-postérieure, présentant deux fois l'épaisseur de la ligne blanche normale. Et, il compare cette cicatrice « à une colonne large et solide, véritable contre-fort établi au-devant de la paroi abdominale pour la soutenir et la renforcer ». Il a réalisé cette suture sur des parois de cobayes. A l'examen des coupes de la cicatrice qu'il a ainsi obtenues, il a constaté que tous les plans de la paroi sont solidement soudés les uns aux autres par des travées de tissu fibreux, plongeant dans toutes les directions. La cicatrice apparaît comme un véritable septum fibreux sur lequel viennent s'insérer les différentes couches de la paroi depuis le péritoine jusqu'à la peau ».

Cette disposition, M. Clado l'a observée chez un malade opéré d'une grossesse extra-utérine et pour laquelle il pratiqua de nouveau, plus tard, la laparotomie. « Nous avons pu, dit-il, constater que non seulement cette cloison fibreuse existait tout le long de la cicatrice, mais qu'elle envoyait latéralement des prolongements fibreux dans l'épaisseur des couches médianes de l'abdomen ».

Il y a donc dans cette suture des conditions de solidité indéniable qui nous expliquent les beaux résultats cliniques que nous avons constatés.

SUTURES DE JONNESCO

Sous cette dénomination, on entend un ensemble des trois procédés de suture que M. Jonnesco a imaginés et a fait connaître dans la *Presse médicale* du 1^{er} novembre 1899.

Tous trois sont des procédés de suture sans fil perdu, c'est à ce titre que nous devons en parler.

Dans cet article, reprenant les conclusions du Congrès de Genève, M. Jonnesco établit les conditions essentielles d'une bonne suture: Elle doit être à étage et tout en assurant la réunion de la plaie par première intention, la mettre à l'abri des suppurations tardives étendues ou localisées et accompagnées de l'élimination d'un ou de plusieurs fils. » Si ces deux conditions sont réalisées, la cicatrice sera solide et l'opéré sera autant que possible à l'abri des hernies ou de l'éventration post-opératoire. »

Après avoir fait le procès des fils perdus, il proscrit ce genre de suture et préconise les fils temporaires.

Il conclut en proclamant que la suture idéale est la suture à la fois à étage et à fil temporaire. Tel est le principe de ces trois procédés. Il nous paraît intéressant de les décrire et de les examiner tous trois successivement.

Dans son premier procédé, M. Jonnesco fait trois plans de suture à point métalliques.

Une première série de fils en U embrasse tous les plans d'une des lèvres de la plaie et seulement le péritoine de la lèvre opposée. On serre les deux chefs de chaque fil sur un petit rouleau de gaze, et, ainsi le feuillet péritonéal d'un côté se trouve accolé à toute la tranche formée par la péritoine, le muscle et le peau du côté opposé.

Une deuxième série en U est destinée à suturer les aponévroses. Comme la série précédente, elle reprend tous les plans d'un côté moins le péritoine et seulement l'aponévrose du côté opposé. De telle sorte que l'aponévrose, d'un côté, s'accôle avec tous les autres plans du côté opposé.

Une troisième série de fils en U réunit les deux lèvres cutanées.

Sans contester les excellents résultats que cet habile chirurgien prétend avoir obtenus avec ce procédé, nous nous permettons, cependant, de douter de ceux que procurait ce procédé exécuté par d'autres mains que les siennes ; car il nous semble bien imparfait. Il néglige d'accoler les bords internes des deux muscles droits. Ensuite, il interpose, entre les lèvres de la plaie, du péritoine.

Pour s'en convaincre, il n'y a qu'à regarder les belles figures qu'il ajoute à son texte. Du reste, l'auteur le dit lui-même : « Après avoir tordu tous les fils, les deux lèvres péritonéales se trouvent accolées par leur surface interne et leur bord libre est renversé en

dehors. Ceci permet une soudure parfaite et évite les adhérences ultérieures avec les organes profonds. » La coaptation du péritoine est en effet très rapide.

Depuis S. Wells, on connaît bien la puissance adhésive de cette séreuse. Mais, depuis longtemps également on a envisagé et discuté cette question de l'interposition du péritoine entre les lèvres d'une plaie laparotomique et il est admis que cette interposition est nuisible à la coaptation des autres plans.

Non seulement le péritoine est éversé dans cette suture, mais aussi, l'aponévrose. Cette éversion aponevrotique n'est certainement pas propice non plus à la coaptation de la plaie.

Dans son deuxième procédé Jonnesco fait quatre étages :

Une première série de fils en U embrasse cette fois tous les plans d'un côté de la plaie opératoire et seulement le péritoine et l'aponévrose à la fois de l'autre côté.

Une deuxième série de fils en U destinés à la suture musculaire est placée du côté opposé à la première, c'est-à-dire que si l'on a commencé à travers tous les plans de la lèvre gauche, pour ne prendre, ensuite que le péritoine et l'aponévrose de la lèvre droite, cette fois, on commence à travers tous les plans de gauche pour ne prendre à droite que le bord interne du muscle grand droit.

De telle sorte que, lorsque ces deux séries sont serrées, il y a glissement du muscle grand droit sur le

plan profond de façon à recouvrir complètement la première ligne de suture.

Une troisième série de fils embrasse la peau et l'aponévrose superficielle d'un côté pour ne prendre que le feuillet aponévrotique d'en face. La peau est suturée par trois ou quatre points au crin de Florence.

Ce procédé est certainement meilleur que le précédent, car il reconstitue la gaine du muscle droit qui s'étale sur la ligue médiane, en même temps que se trouve détruit le parallélisme des deux lignes de suture aponévrotique. Mais, comme le précédent, il interpose toujours les deux lèvres péritonéales entre les deux lèvres aponévrotiques profondes qui auront d'autant plus de difficulté à se fusionner solidement.

Le troisième procédé, que décrit M. Jonnesco, se caractérise par la résection de la ligne blanche. De plus, pour refermer la paroi, on n'emploie plus qu'une seule rangée de fils métalliques. Chaque fil décrit un U dont les deux branches placées transversalement sortent du même côté cutané de la plaie après avoir enserré les deux aponévroses profondes doublées de leur péritoine pariétal, les deux muscles droits, les deux feuillets supérieurs de la gaine, moins la peau du côté opposé. D'après M. Jonnesco ce procédé serait supérieur aux deux autres. Sa supériorité proviendrait « de sa simplicité et de l'usage d'une seule rangée de fils métalliques entraînant par suite une diminution de chances d'infections ». Voilà, pour ce qui est des avantages de l'exécution de cette méthode. Quant

aux résultats cliniques ultérieurs, l'auteur proclame hautement dans son article qu'ils sont excellents. Il lui reconnaît toutefois un petit inconvénient : Par suite de la résection de la ligne blanche, la peau est en excès. Aussi, conseille-t-il d'en enlever une lanière d'une largeur proportionnelle, afin d'éviter la formation d'un bourrelet cutané disgracieux et d'éviter la formation d'un espace vide qui pourrait très bien devenir un clapier de suppuration.

En nous signalant ce détail comme le seul inconvénient de son procédé, Jonnesco essaye de cacher son indulgence sous une sévérité apparente. Il est certain que cet inconvénient peut exister, mais, s'il existe, nous ne le considérons que comme une conséquence simplement fâcheuse de la résection de la ligne blanche. Nous considérons, au contraire, comme très grave et d'autant plus grave qu'il nous paraît absolument inutile, à moins, bien entendu, en cas d'éventration, le fait même de la résection de la ligne blanche, auquel il semble attribuer toute la valeur de son procédé.

Malgré l'excellence de ces résultats, nous ne saisissons pas très bien l'opportunité de cette résection, à moins bien entendu qu'il n'existe une large éventration. Dans le chapitre que nous avons consacré à l'incision, nous en avons suffisamment démontré tous les inconvénients qui en étaient la conséquence, pour que nous ne soyons pas obligés d'y revenir. Nous rappellerons, simplement, que la plupart de nos habiles chirurgiens rejettent absolument cette tech-

nique, car ils considèrent qu'indépendamment des conséquences fâcheuses que nous avons déjà mis en évidence, elle comporte une dissection délicate, venant inutilement compliquer et prolonger les opérations.

Cette réserve faite, nous croyons à la facile exécution du procédé de M. Jonnesco et à sa valeur réelle.

D'ailleurs, si l'on se donne tant soit peu la peine de réfléchir, l'on remarquera que, à part les quelques points posés négligemment sur la peau, qui en a à peine besoin, M. Jonnesco, par le procédé de suture abdominale à unique rangée de fil non perdus, ne fait autre chose qu'une suture en masse. Au lieu de la faire à rangs serrés sur la ligne médiane, il la fait à nœuds serrés sur un des côtés de la suture. Il croit faire une suture étagée et ce n'est autre chose qu'une suture en masse latérale.

Au moment même où il proscrit la suture en masse en proclamant hautement que « c'est la pire des sutures », M. Jonnesco, ardent partisan de la suture en étage et inventeur lui-même des trois procédés, considère comme procédé de prédilection précisément celui des trois qui se rapproche le plus de la suture en masse. N'est-ce pas, là, une manière détournée de reconnaître, tout en les critiquant, les avantages de cette suture. Reconnus et proclamés par ses adversaires eux-mêmes, les avantages de cette suture nous apparaissent, dès lors, incontestables et nous croyons, par suite, pouvoir conclure, avec M. Dartigues, que « si la suture en étage, très soignée, est incontestable- »

blement excellente, la suture en masse, bien exécutée n'est pas funeste dans ses conséquences futures. Elle est utilisée avec des résultats tout à fait favorables par de très nombreux opérateurs, parmi lesquels nous citerons Monod, Segond, Routier, Piqué, Delbet, et, grâce à ce procédé soi-disant mort, de très nombreuses laparotomies vivent encore sans éventration. »

Aussi en France beaucoup de chirurgiens pratiquent la suture en masse suivant la technique établie par Monod. Il n'en est pas qui pratique les procédés de Jonnesco. De sorte qu'il nous a été impossible de nous procurer à ce sujet la moindre observation et de contrôler par ce moyen les résultats qu'il publie.

Les procédés de M. Jonnesco n'en restent pas moins très intéressants, et, en tant que procédé de suture à fil temporaire, nous leur devons une place dans ce travail.

PROCÉDÉ DU . PALETOT

« C'est le tissu fibreux qui donne aux parois leur force et leur résistance. L'aponévrose des muscles droits est, pour ainsi dire, la sangle de l'abdomen.

« Pour faire une bonne suture, il ne suffit pas de bien juxtaposer les bords des différents plans, il faut superposer des surfaces, et, particulièrement, des surfaces fibreuses. »

Tels sont les principes sur lesquels notre maître, M. le professeur Segond, a basé le procédé qu'il a imaginé.

Il l'appelle le « procédé du paletot », par analogie avec le vêtement du même nom dont on croise et on superpose les pans sur la poitrine.

Avec ce procédé, en effet, on croise et on superpose sur la ligne médiane les feuillets antérieurs de la gaine des droits. On comprend, aisément, qu'on réalise ainsi les meilleures conditions de solidité, puisque l'on double la couche fibreuse, celle-là même qui, comme le dit notre maître « donne à la paroi sa force et permet sa résistance ». Tandis que les divers procédés que nous avons décrits ont pour but d'affronter les différents plans en les juxtaposant, le procédé du paletot, tout en aidant à l'affrontement

des deux plans de la paroi, superpose le plan fibreux : il double, ainsi, l'aponévrose.

Il est facile de prouver que, dans ce cas, la force d'adhérence des lambeaux superposés est plus considérable. Prenons, en effet, deux feuilles de papier et collons leur surface avec de l'eau. Il faudra employer une certaine force pour vaincre leur adhérence. Si les surfaces se touchent sur une plus large étendue, la force d'adhérence devient aussitôt considérable. Et, il n'est pas besoin de grandes preuves pour démontrer ce fait que les deux lambeaux superposés, accolés par leur surface et fixés par leur bord, présentent toute la solidité possible.

Tout dernièrement, dans un journal américain, le Dr Tod Gilliam, sous le nom de suture imbriquée, a décrit un procédé analogue.

Sans vouloir aucunement soulever une vaine question de priorité, à propos d'une simple peccadille chirurgicale, qui n'ajoute rien au mérite des chirurgiens qui se sont rencontrés dans la même idée, nous pouvons dire, cependant, que le procédé du paletot est depuis longtemps employé par notre maître le professeur Segond.

Le Dr Tod Gilliam exécute cette suture depuis quelques mois seulement et vient de la publier.

M. le professeur Segond s'en sert depuis déjà bien des années, mais n'a rien écrit à ce sujet. Voilà la première différence.

Il nous paraît intéressant de mettre en évidence

les quelques détails par lesquels ces chirurgiens se distinguent dans leur manière de procéder.

Ce que l'on peut reprocher au Dr Tod Gilliam, puisque, comme il le dit dans son article, il veut pratiquer une suture où seront évités les fils perdus, c'est de ne pas aller assez loin et ne pas chercher à atteindre l'idéal. En effet, ce chirurgien pratique dans tous les cas un surjet péritonéal. Les raisons qu'il invoque dans son article contre les fils permanents n'ont de valeur que s'il les supprime tout à fait, sans quoi, les fils, qu'il « enfouit » au niveau du péritoine, « auront pour résultat une sécrétion de sérosité retardant la fermeture de la plaie ».

De plus, le Dr Tod Gilliam néglige complètement l'affrontement du plan aponévrotique postérieur et du plan musculaire. En agissant ainsi, ne se réserve-t-il pas des déceptions ? Il paraît escompter un peu trop sur la puissance de son « imbrication aponévrotique », qui, malgré tous ses avantages, ne doit certainement pas suffire à affronter les deux plans délaissés et à éviter à ce niveau « l'espace mort ».

M. le professeur Segond, au contraire, ne fait pas de surjet péritonéal. De plus, par sa suture en masse que le paletot renforce seulement, il affronte soigneusement tous les plans dont les bords s'étalent, en s'écrasant réciproquement, sur la ligne médiane.

Voici, d'ailleurs, comment il procède :

1^o Disséquer le fascia antérieur du muscle droit du côté gauche ;

2^o Disposer les fils, sans les nouer, en vue de la

suture en masse telle que nous l'avons décrite ;

3^o Procédé du paletot :

a) Traverser le feuillet gauche sur son bord adhérent ;

b) Traverser le feuillet droit en séton. Passer le fil d'argent ;

c) Traverser le feuillet gauche sur son bord libre et passer le chef droit ;

d) Traverser la peau du côté droit et passer le chef droit ;

e) Traverser la peau du côté gauche et passer le chef gauche ;

4^o Nouer sur la ligne médiane les deux chefs du paletot ;

5^o Nouer sur la ligne médiane la série des chefs de suture en masse.

Qu'il s'agisse de laparotomie sur drain ou latente pour appendicite, notre maître M. le professeur Segond emploie ce procédé comme moyen de renforcement de la suture en masse qu'il a l'habitude de pratiquer.

Dans tous les cas de grosse tumeur abdominale, où la paroi est distendue, amincie et usée pour ainsi dire, il semble que ce procédé soit le procédé idéal, car il répond à tous les besoins.

Dans ces cas, en effet, la tumeur enlevée, la cicatrice guérie, la paroi ridée et ramollie, retombe lamentablement en besace, entraînant avec elle tous les organes qu'elle contient et occasionnant, par suite, toute la série de graves symptômes, si connus, de

ptose viscérale. Deux obligations s'imposent alors au chirurgien :

Diminuer la cavité abdominale, trop vaste, désormais, par suite de la distension de la paroi.

Renforcer la paroi distendue.

Dans tous ces cas, Latorre et Jonnesco pratiquent systématiquement la résection de la ligne blanche. Ils affrontent, ensuite, les bords de cette nouvelle plaie, chacun suivant le procédé qui lui est propre et diminuent ainsi la cavité abdominale. Mais, ils ne renforcent pas la paroi, qui, après guérison, conserve toujours sa minceur primitive. Ils l'ont, par suite, affaiblie. Il est aisé de comprendre, en effet, qu'en diminuant la cavité abdominale, ils en augmentent la pression. Dès lors, n'est-ce pas affaiblir une paroi, lorsque, sans la renforcer, on augmente la force qu'elle doit contenir. Au contraire, en superposant les deux lambeaux fibreux d'après le procédé que nous venons de décrire, on diminue la cavité abdominale, mais, on renforce, en même temps, la paroi, puisque l'on double la couche aponévrotique.

En diminuant la cavité abdominale, on rétablit les organes déplacés et on rend la forme du ventre plus esthétique. En renforçant la paroi, on lui permet de maintenir cet état.

Ainsi, grâce au renforcement aponévrotique qu'il réalise, le procédé du paletot nous apparaît comme le procédé de choix pour refermer, la plaie abdominale, pour reconstituer la paroi délabrée, pour guérir, en un mot, les éventrations.

SUTURE EN MASSE

Deux observations empruntées à la thèse de Dupont (Paris, 1903), qui se rapportent à des malades qui eurent à souffrir d'éventration à la suite de la suture en étage et qui furent définitivement guéris de cet accident par la suture en masse.

OBSERVATION X (Résumée)

(In thèse de Dupont, Paris, 1893)

R... Marguerite, vingt-cinq ans, lingère. Laparotomie pour pyosalpinx, le 4 novembre 1891, à l'hôpital Saint-Joseph.

Suture en étage de la paroi abdominale. Fille intraitable, la malade se leva le troisième jour. Quinze mois après, éventration à la partie inférieure de la cicatrice.

Nouvelle intervention le 6 février 1893. Cette fois suture en un seul plan et au crin de Florence.

Nouvelle équipée de la malade qui se prend de querelle avec un infirmier et se lève à 6 heures du matin, dix jours après. On lui avait enlevé les fils la veille. La cicatrice cutanée est drainée sur toute la longueur et les deux lèvres de la plaie sont distantes en certains endroits d'un centimètre.

Néanmoins, la malade sort guérie le 8 mars. A ce moment la cicatrice paraît assez solide et lorsque, la malade tousse on ne voit aucune saillie, on ne sent aucune impulsion.

OBSERVATION XI (Résumée)

A. C..., trente-six ans, épicier. Laparotomie pour kyste hydatique du foie en mai 1891.

Suture en étages de la paroi. En septembre apparaît à la partie supérieure de la cicatrice une petite grosseur qui s'accroît et exige une nouvelle opération. Il y avait hernie. Suture de l'incision au crin de Florence, mais cette fois en un seul plan.

Le 4 mars 1892 il est guéri tout à fait. La cicatrice paraît bonne. Elle ne présente pas la moindre impulsion à la toux.

Suture en masse.

(Pratiquées dans le service de M. le professeur Segond en l'année 1906 et venues ces temps derniers).

OBS. I. — J. D..., corsetière, âgée de trente-huit ans. Salpingite. Crises douloureuses depuis plusieurs années Cul-de-sac douloureux.

Laparotomie médiane. Appendicectomie. Hystérectomie transcervicale très basse. Deux petits fibromes (noisettes). Salpingite double avec ovaires micro-kystiques. Hypertrophies.

Suture de l'incision en masse et au fil d'argent.

Actuellement guérie. La cicatrice est bonne et résiste à la toux. Quand la malade fait effort pour se lever on ne sent pas de diastasis des muscles grands droits.

OBS. II.—E. R... (r. Monge, 10), quarante-cinq ans, ménagère. Opérée en 1901 par M. Baudron d'un kyste de l'ovaire droit.

Le 15 janvier 1908 opérée par M. Segond.

Laparotomie. Fibrome de 410 grammes. Kyste. Hystérectomie.

Suture en masse et au fil d'argent (Paletot). Cicatrice discrète. Paroi abdominale assez flasque, mais plastron résistant au niveau de la cicatrice.

OBS. III. — M. L..., infirmière, quarante cinq ans. Opérée par M. Roux le 29 février. Hystérectomie abdominale pour salpingite double. Appendicectomie.

Suture en masse de la paroi aux fils d'argent. Cicatrice épaisse et solide s'ombilicant à la toux et à l'effort.

OBS. IV. — Marguerite L..., modiste, trente et un ans. Opérée le 26 décembre.

Laparotomie.

Paroi épaisse et bourrelet de graisse considérable.

Suture en masse au fil d'argent. La paroi est si épaisse que deux fils cassent pendant le nouement. On les remplace.

Cicatrice solide, ombiliquée.

OBS. V. — Louise G..., ménagère, cinquante et un ans. Opérée le 12 mars par M. le Dr Martel. Laparotomie médiane. Salpingite double.

Hystérectomie.

Suture en masse au fil d'argent. Cicatrice étroite. Paroi très résistante.

OBS. VI. — P..., ménagère, cinquante et un ans, opérée le 23 octobre par M. le Dr Martel.

Laparotomie médiane. Hystérectomie pour kyste de l'ovaire.

Suture en masse de la plaie. Réunion par première intention. Cicatrice régulière. Paroi solide, résistant à la toux.

Obs. VII. — L..., cuisinière, trente-neuf ans. Opérée le 9 novembre par M. le Dr Martel.

Laparotomie. Hystérectomie pour salpingite.

Suture en masse. Réunion « per primam ». Cicatrice régulière. Paroi solide, résistant à la toux. Plastron résistant unissant les deux droits.

SUTURE EN 8 DE CHIFFRE

(Pratiquées par M. le professeur Segond à la suite de
laparotomies qu'il fit en l'année 1897.)

OBS. I. — Th. D..., ménagère, âgée de trente-quatre ans.
Demeurant à Colombes, avenue du Départ.
Entre à l'hôpital le 10 janvier 1897. Rétroversion adhé-
rente avec annexite gauche.

Opérée le 14 janvier 1897.

Laparotomie. Ablation des annexes droits.

Raccourcissement bilatéral des ligaments ronds.

Suture en 8 de chiffre. Guérison.

Revue ces temps derniers. Cicatrice indolore, résistante,
s'ombilicant à la toux.

OBS. II. — E. R..., cinquante ans, ménagère, habitant
7, rue Thénart.

Entre à l'hôpital le 10 janvier 1897. Fibrome dépassant
l'ombilic de deux travers de doigt.

Opérée le 20 janvier 1897. Hystérectomie abdominale
totale. Suture en 8 de chiffre. Guérison.

Revue en 1903. Cicatrice régulière et solide.

OBS. III. — J. D..., trente et un ans, couturière.

Entre à l'hôpital le 12 mai 1897.

Rétroversion adhérente. Annexite gauche.

Opérée le 14 mai. Laparotomie. Ablation des annexes
gauches. Plicature des ligaments ronds.

Suture en 8. Guérison.

Revue en 1909. Cicatrice indolore, résistante, s'ombilicant à la toux.

OBS. IV. — Emilie B..., quarante-cinq ans. couturière.

Entre à l'hôpital le 2 mai 1897. Pertes rouges. Fibrome utérin.

Opérée le 28 mai.

Hystérectomie abdominale totale.

Suture en 8 de chiffre. Guérison.

Revue en 1909. Paroi solide. Cicatrice indolore et résistante.

OBS. V. — E. C..., trente et un ans. Employée.

Entre à l'hôpital le 9 mai.

Ancienne ablation des annexes par M. le Dr Chaput. Continuation des douleurs. Pelvi-péritonite adhérente. Opérée le 11 juin.

Hystérectomie abdominale. Drainage.

Suture en 8 de chiffre. Guérison.

Revue ces temps derniers. Paroi résistante. Cicatrice indolore et ombiliquée.

OBS. VI. — M. S..., trente-neuf ans. Ménagère.

Entre à l'hôpital le 19 juillet.

Fibrome utérin.

Opérée le 27 juillet.

Hystérectomie abdominale. Suture en 8 de chiffre. Guérison.

Revue ces temps derniers. Paroi solide. Cicatrice ombiliquée et indolore.

OBS. VII. — L. L..., trente-deux ans, cuisinière.

Entre à l'hôpital le 31 juillet

Salpingite double.

Opérée le 2 août. Laparotomie. Ablation des deux ovaires.

Suture en 8 de chiffre. Guérison.

Revue ces temps derniers. Cicatrice indolore et solide.

SUTURES EN PALETOT

(Pratiquées par M. le Professeur Segond à la suite des laparotomies faites en l'année 1908.)

OBS. I. — H. G..., âgée de vingt ans, garde-malade. Réglée à treize ans. Règles douloureuses, irrégulières, abondantes.

A seize ans, à la suite de trois crises d'appendicite, elle est opérée à froid par M. le professeur Segond.

Six mois après (décembre 1903) la malade reste un mois et demi dans le service où M. Segond lui fait une dilatation de l'utérus.

Deux ans après (août 1905) la malade souffre du bas-ventre et sur le conseil d'un médecin prend des injections de permanganate de potasse.

Le 3 décembre 1907, continuant à souffrir, elle rentre à l'hôpital de la Salpêtrière. Opérée par M. Segond.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Les annexes gauches enflammées et adhérentes sont libres et réséquées. Deux ligatures à la soie forte et enfouissement du moignon.

Annexes droites très adhérentes à deux anses grêles. On libère ces deux anses et comme la musculature est endommagée, on fait un surjet sur ces anses après les avoir isolées l'une de l'autre. Résection et deux ligatures. Utérus petit et sain est conservé.

On regarde la place de l'appendice. On trouve l'épiploon adhérent. Résection de l'épiploon.

Gros drain n° 40. Suture en masse et en paletot,

Suites opératoires normales. Ablation du drain. Petite fistule qui se bouche.

Revue en mars 1909. Paroi solide. Cicatrice régulière. Quand la malade fait effort pour se lever on sent au niveau de la cicatrice un plastron très résistant.

OBS. II. — R..., concierge, cinquante deux ans. Opérée le 28 juillet par M. Segond. Laparotomie. Fibrome de 565 grammes.

Suture de la plaie en masse et procédé du paletot. Paroi molle et ridée. Cicatrice régulière, plastron résistant à ce niveau.

OBS. III. — Fernande L..., vingt neuf ans, infirmière. Opérée le 5 décembre par M. Segond. Laparotomie pour salpingite et kyste. Ablation des annexes. Suture en masse. Procédé du paletot.

Cicatrice régulière, plastron résistant unissant les deux droits.

OBS. IV. — M. Bl..., trente six ans, mercière. Opérée le 4 avril par M. Segond.

Laparotomie pour fibrome. Hystérectomie abdominale. Fibrome de 600 grammes.

Suture en masse et en paletot au fil d'argent.

Cicatrice régulière. Résistant à la toux et aux efforts. On sent à ce niveau un large plastron résistant se continuant sur les muscles droits.

OBS. V. — M... B..., rue du Lyonnais. Eventration ancienne. Opérée le 13 avril par M. Desjardins.

Procédé du paletot au fil d'argent.

Paroi distendue, mais bonne cicatrice. Plastron solide réunissant les deux droits.

OBS. VI. — Hortense D..., ménagère, vingt-sept ans. Opérée le 29 avril par M. Segond. Laparotomie pour fibrome pesant 750 grammes.

Suture de la paroi en un seul temps. Procédé du Paletot. Cicatrice régulière. Paroi très résistante.

OBS. VII. — B..., quarante deux ans, couturière. Opérée le 20 mai par M. Segond. Laparotomie médiane. Hystérectomie pour fibrome 2 kgr. 500.

Suture en masse, procédé du paletot. Réunion de la plaie par première intention. Cicatrice solide. Plastron résistant.

OBS. VIII. — Clémence G..., quinze ans. Opérée le 10 juin par M. Segond. Laparotomie. Hystérectomie pour appendicite et double salpingite bacillaire. Drain.

Suture en masse. Procédé du paletot. Guérie sans complications. Bourrelet fibreux à la place du drain. Cicatrice solide. Paroi résistante.

CONCLUSIONS

1° L'incision de choix est l'incision médiane sur la ligne blanche ;

2° La suture en masse ou en un seul plan, telle que l'a décrite M. Monod, met, aussi bien que la suture en étages, à l'abri des hernies et des éventrations. Elle permet, de plus, de terminer rapidement les opérations et d'éviter les inconvénients inhérents à l'élimination tardive de la soie ou à la résorption prématurée du catgut.

3° La suture en huit de chiffre, telle que la pratique M. le professeur Segond et telle que l'a décrite M. Clado, participe de tous les avantages de la suture en masse. Elle participe, en outre, des avantages esthétiques de la suture en étage, en ce sens que l'entrecroisement des fils sur la ligne médiane au-dessus de la peau permet de mieux exécuter l'affrontement de cette dernière et d'éviter ainsi la difformité de la cicatrice. La cicatrice prend la forme d'une colonne fibreuse antéropostérieure, véritable colonne de soutien établie au-devant de l'abdomen et qui ne s'observe pas dans la suture à plans séparés ;

4° Les procédés de M. Jonnesco sans fils perdus, et

à étages, sont des procédés compliqués, et, à cause des interpositions probables, ne paraissent pas réaliser le parfait affrontement des différents plans que l'on obtient avec les procédés précédents, beaucoup plus simples et beaucoup plus rapides ;

5° Le procédé du « paletot » est un excellent procédé de renforcement de la paroi. Tel que le pratique M. le professeur Segond, c'est-à-dire combiné à la suture en masse, il réalise des conditions de solidité idéales, qu'il est impossible d'obtenir avec tout autre procédé.

Vu : Le Président de la thèse

SEGOND

Vu : le Doyen

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Bantock.* — Congrès de Genève, 1896. Semaine médicale, 9 septembre 1896.
- Bulletin de la Société de Ch'rurgien. Discussion sur le choix des sutures, 8 juillet 1894.
- Condamin.* — Archives provinciales de chirurgie, 1^{er} septembre 1892.
- Driart.* — Annales de Gynécologie, juillet 1896. Traitement des fibromes utérins par l'hystérectomie abdominale totale. Thèse de Paris, 1896.
- Duplay et Cazin.* — Semaine médicale, 11 novembre 1896, p. 453. Archives gén. de médecine, janvier 1897. Semaine médicale, 1897.
- Dupont.* — De la suture des parois de l'abdomen après laparotomie. Thèse de Paris, 1893.
- Gyll de Wylie.* — American. journal of obst., 1887.
- Jonnesco* — XII^e congrès international de Moscou, 1897. Centralbl. Chirurgie, n^o 82, 1897. Semaine médicale, 1897, p. 335. Presse médicale, novembre 1899.
- Laroyenne.* — Congrès de Genève, 1896.
- Latorre.* — Congrès de Genève, 1896.
- Frappier.* — Thèse de Paris, 1900.
- Ratschynsky.* — Revue de gynécologie et de clinique abdominale, 10 août 1898.
- Sched.* — Berlin Klin. Wochensch., 12 juin 1893. Congrès allemand de chirurgie, 1893,
- Til'aux.* — Traité de chirurgie clinique.

Spencer Wells. — Des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus, 1883.

Dartigue. — Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, 1900,

Roux. — Suture de la paroi abdominale après laparotomie. Thèse de Lyon, 1885.

Dolérís. — Archives de Tocologie, Paris 1885.

Delbet (Pierre). — Suppurations pelviennes chez la femme. Paris, 1889.

Doyen. — Traité de technique chirurgicale.

Kæberlé. — Ann. de Gynécologie. Paris, 1887.

Pozzi. — Traité de Gynécologie chimique et opératoire.

— Bulletin de la Société de chirurgie, 19 octobre 1887.

— Progrès médical. Paris, 1888. Congrès français de chirurg., 1888.

— Semaine gynécologique. Paris, 1898.

Routier. — Semaine gynécologique. Paris, 1897.

Fauvel. — Sut. de la paroi abdominale de la laparotomie. Th. Paris, 1898.

Nicolas. — Muscles et tendons. Traité d'anatomie descriptive de Poirier.

Lecène. — Traité de pathologie interne.

To Gilliam (D.). — A coaptation and imbricating suture of closing the abdominal incision.

— Journal américain.

Savariand. — Congrès français de chirurgie. Paris, 1901.

Poulet. — Corps étrangers.

Lambotte. — Clinique des hôpitaux de Bruxelles, 1899.

